

# Solicitud de Asistencia Económica

## ¿Qué es la Asistencia Económica?

Los programas de asistencia económica ayudan a las familias de ingresos más bajos, a los niños, las personas con discapacidades y los ancianos, proporcionándoles servicios médicos, nutricionales, financieros y de administración de casos.

## ¿Cómo hago para recibir Asistencia Económica?

**Paso 1- Complete todas las preguntas.** Firme y ponga fecha a este formulario de solicitud. Esta solicitud también puede ser usada solamente para Asistencia para Alimentos. Si usted necesita ayuda para completar el formulario o para llevarlo a la oficina local de Servicios Sociales, solicite nuestra ayuda.

**Paso 2- Envíe su solicitud por correo, fax o llévela a la oficina local de Servicios Sociales.** Usted tiene derecho a presentar esta solicitud de inmediato siempre que recibamos esta página con su nombre, dirección y firma. La fecha en que recibimos esta página es la fecha de inicio del proceso para decidir su elegibilidad para Asistencia para Alimentos o Asistencia Médica.

**Paso 3- Entrevista.** Proporcione documentos probatorios de sus ingresos y gastos (también se le pueden pedir otros documentos para verificar la información). Si esta no es una nueva solicitud, sólo necesitamos verificar todos los cambios. Si esta es una nueva solicitud para la Asistencia para Alimentos o el TANF, es obligatorio que realicemos una entrevista.

## Infórmenos acerca de usted

Responda estas preguntas acerca de usted mismo.

Primer nombre	Inicial	Apellido	Número de Seguro Social
Fecha de nacimiento	Teléfono de domicilio		Teléfono para mensajes/trabajo
Dirección		Número de apartamento	
Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección postal (si es diferente)			
Instrucciones para llegar a su domicilio (si no hay dirección)			

## ¿Cuándo recibiré la asistencia?

### Asistencia para alimentos en siete días

Usted debe completar toda la solicitud. Debe proporcionar una copia de un documento de identidad tal como su licencia de conducir, tarjeta del Seguro Social o papeles de inmigración.

Usted es elegible para la Asistencia para Alimentos en 7 días si se encuentra en **una** de las siguientes situaciones:

- El ingreso mensual bruto de su grupo familiar es menor de \$150 y los activos son de \$100 o menos; o
- El alquiler de su vivienda, la hipoteca y gastos de servicios domésticos es mayor que su ingreso mensual bruto y activos; o
- Su grupo familiar incluye a un emigrante o trabajador agrícola por temporadas con activos de \$100 o menos, cuyo ingreso está terminando o comenzando. (Activos incluye dinero en efectivo y cuentas corrientes o de ahorros).

### Asistencia para Alimentos en 30 días

Usted recibirá Asistencia para Alimentos en 30 días si es elegible. Si usted no es elegible, recibirá una carta de explicación.

### Asistencia Médica en 45 días

Usted recibirá una notificación dentro de los 45 días posteriores a su solicitud indicándole su elegibilidad para los programas médicos.

### Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) en 30 días

Los beneficios serán determinados desde la fecha en que se recibe la solicitud firmada. (Se requiere otro formulario para solicitar la TANF.)

## ¿Necesita servicios de intérprete?

Sí  No

¿Para qué idioma, lenguaje de señas, etc.?

Los servicios de intérprete son proporcionados gratuitamente.

**Acepto que daré al Departamento de Servicios Sociales de Dakota del Sur toda la información necesaria para revisar mi solicitud de Asistencia para Alimentos y Asistencia Médica, y que esta información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Sirvase firmar abajo.**

<b>Firma</b>	<b>Fecha de hoy</b>
--------------	---------------------

SÓLO PARA USO DE LA AGENCIA

Expedido: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de recepción	Número de caso
Solicitud: <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Reciente		

## ¿Puedo elegir que alguien me ayude?

Usted puede elegir un representante autorizado para que le ayude a completar su solicitud, para dar la información en su entrevista y hablar con su Especialista en Beneficios con relación a su caso. Si usted desea tener un representante autorizado, complete la siguiente información acerca de esta persona.

Nombre	Teléfono
Dirección	

## ¿Quién vive en su casa?

### 1. Complete la siguiente información sobre todas las personas que viven en su hogar.

- Completar el número de Seguro Social y la ciudadanía es opcional para quienes no están solicitando asistencia.
- Completar la sección sobre la raza es voluntario.
- La situación migratoria de las personas que viven en su casa puede ser verificado por el INS usando la información proporcionada en esta solicitud y puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios.

\*Códigos de estado civil: M- Casado S- Separado D- Divorciado W- Viudo N- Nunca casado

\*\* Códigos de raza: W- Blanca A- Indio americana B-Negra H- Hawaiana O- Asiática

Encierre en un círculo la ayuda necesaria	Primer nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido	Relación con usted Cónyuge, hijo/hija, hermanos, etc.	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Último grado en la escuela	Sexo	* Estado civil	** Raza	Hispano o Latino Encierre uno en un círculo	Ciudadano de EE.UU. Encierre uno en un círculo
Alimentos Servicios médicos TANF Ninguno		Usted				M F			Sí No	Sí No
Alimentos Servicios médicos TANF Ninguno						M F			Sí No	Sí No
Alimentos Servicios médicos TANF Ninguno						M F			Sí No	Sí No
Alimentos Servicios médicos TANF Ninguno						M F			Sí No	Sí No
Alimentos Servicios médicos TANF Ninguno						M F			Sí No	Sí No
Alimentos Servicios médicos TANF Ninguno						M F			Sí No	Sí No
Alimentos Servicios médicos Tanf Ninguno						M F			Sí No	Sí No
Alimentos Servicios médicos TANF Ninguno						M F			Sí No	Sí No
Alimentos Servicios médicos TANF Ninguno						M F			Sí No	Sí No

**\*\*Si hay más personas viviendo en su casa, complete una página adicional\*\***

2. ¿Hay alguien en su casa que no compra ni prepara los alimentos con usted?  Sí  No  
De ser así, incluya sus nombres.


3. Además de usted y su cónyuge, ¿hay otros padres con hijos viviendo en su casa?  Sí  No

Padre	Hijos

4. ¿Alguna otra persona en la casa utiliza otros nombres (nombres de soltera, alias, etc.)?  Sí  No

Miembro del grupo familiar	Otros nombres utilizados

5. ¿Ha recibido Asistencia para Alimentos/Asistencia Médica/Dinero en efectivo en algún otro estado?  Sí  No

Ciudad/Estado	Fechas	Condado	No. de teléfono de la oficina	Nombre del trabajador

6. ¿Alguien en la casa recibe bienes tribales?  Sí  No

7. ¿Alguien en la casa asiste a la escuela?  Sí  No

Nombre	Escuela	Situación	¿Internado?
		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Menos de medio tiempo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Menos de medio tiempo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Menos de medio tiempo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Menos de medio tiempo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Menos de medio tiempo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

8. ¿Alguien en la casa se está ocultando o escapando de la ley para evitar un proceso judicial, o ser detenido o ir a la cárcel por un delito, por intento de felonía o por violación de libertad condicional o libertad vigilada?  Sí  No

Si su respuesta es sí, incluya el/los nombre(s) \_\_\_\_\_

9. ¿Alguien ha sido condenado por alguno de los siguientes delitos luego del 22 de septiembre de 1996?  Sí  No

- Recepción fraudulenta de Asistencia para Alimentos, TANF, Asistencia Médica o Beneficios de Ingresos (SSI) en cualquier estado, por duplicado
- Compra o venta de los beneficios de Asistencia para Alimentos de \$500 o más
- Una felonía por posesión, uso o distribución de una droga regulada
- Comercializar los beneficios de Asistencia para Alimentos por armas, municiones, explosivos o drogas

Si su respuesta es sí, incluya el/los nombre(s) \_\_\_\_\_ Estado de la sentencia \_\_\_\_\_

## ¿Qué activos tienen los miembros de su grupo familiar?

10. ¿Alguien en la casa es propietario de un automóvil, camión, bote, cámper, motocicleta, motonieve, remolque, ATV, etc?  Sí  No

Propietario Copropietario	Año	Marca (Ford, Chevy, etc.)	Modelo (Taurus, Blazer, etc.)	Saldo a pagar	Valor	¿Está alquilado el vehículo?
				\$	\$	Sí No
				\$	\$	Sí No
				\$	\$	Sí No
				\$	\$	Sí No
				\$	\$	Sí No

11. Además de la casa en la que vive, ¿alguno de los que viven en su casa tiene algún terreno, edificio u otras casas?  Sí  No

Propietario	Tipo/ubicación	Valor	Saldo a pagar	¿Está en venta? ¿Alquilada?
		\$	\$	
		\$	\$	

12. ¿Alguien en la casa tiene alguno de los siguientes activos?  Sí  No  
Mencione a todos los miembros del grupo familiar incluyendo a los niños.

Los ejemplos de activos incluyen: dinero en efectivo, cuenta corriente, cuenta de ahorros, cooperativa, acciones, bonos, certificados de depósito, seguro de vida, fondos fiduciarios, fondos indios fiduciarios individuales (IIM), fondos del mercado monetario, compensación diferida, fondos para sepelio, contratos de transferencia de título, cuenta de jubilación IRA, Plan 401K, Plan Keogh u otros artículos de valor. También incluya todas las cuentas mancomunadas.

Nombre	Tipo de activo	Banco/Ubicación	Número de cuenta	Valor/ Saldo
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$
				\$

13. ¿Alguien en la casa vendió, comercializó o donó algo de valor en los últimos tres meses? (dinero, terreno, vehículos, edificios, casa, etc.)  Sí  No

Nombre	¿Qué fue transferido?	Fecha de la transferencia	Valor
			\$
			\$

## ¿Qué tipo de ingresos reciben los miembros de su grupo familiar?

14. ¿Alguien en la casa, incluyendo a los niños, recibe ingresos por trabajo realizado?  Sí  No  
Incluya a todos.

Nombre	Empleador	Ingresos brutos de este mes incluyendo propinas y comisiones	Horas trabajadas por semana	Salario por hora/sueldo	Frecuencia de pago (mensual, semanal, etc.)	Fecha del próximo cheque
		\$		\$		
		\$		\$		
		\$		\$		
		\$		\$		

15. ¿Alguien en la casa tiene ingresos por concepto del programa "Experience Works", WIA o programa trabajo estudio?  Sí  No

16. ¿Alguien en la casa tiene un negocio propio?  Sí  No

Nombre	Tipo de trabajo	Ingreso por mes luego de gastos
		\$
		\$

17. ¿Alguno ha dejado de trabajar en los últimos 60 días o está actualmente en huelga?  Sí  No

Nombre	Razón de la salida	Empleador	Último día trabajado	Fecha del último cheque

18. ¿Alguien en la casa es un trabajador emigrante o trabajador agrícola por temporadas?  Sí  No

19. ¿Alguien en la casa está incapacitado para trabajar debido a un problema de salud?  Sí  No

Nombre	¿Ha(n) solicitado el SSA, SSI, VA, indemnización laboral?	Si la respuesta es sí, indique la fecha en que fue solicitado.
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

20. ¿Alguien en la casa, incluyendo a los niños, recibe ingresos de otra fuente que NO sea el trabajo?  Sí  No

Ejemplos de ingresos incluyen: pensión para menores, pensión de alimentos, Seguro Social, SSI, Suplemento estatal SSI, BIA GA/TWEP, TANF Tribal, desempleo, compensación laboral, beneficios para veteranos, jubilación, pensiones, anualidades, dividendos, ingresos por rentas, alquiler tribal o ingreso per cápita, premios, dinero de la familia o los amigos y todas las otras fuentes de ingresos.

Nombre	Tipo de ingresos	Suma bruta de este mes
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

## ¿Qué gastos tiene su familia?

21. ¿Alguien en su hogar paga por alojamiento y servicios públicos?

Sí  No

Alquiler	\$	por mes
Si tiene casa alquilada, indique el nombre del propietario:		Teléfono:
Alquiler de lote	\$	por mes
Hipoteca	\$	por mes
Impuestos a la propiedad	\$	por mes si no está incluido en la hipoteca
Seguro de vivienda	\$	por mes si no está incluido en la hipoteca

Marque las casillas correspondientes a las cuentas de servicios públicos que usted paga.

Aire acondicionado       Combustible para cocinar       Basura       Desagüe  
 Electricidad       Teléfono       Calefacción       Agua  
 Todos los mencionados

Si usa leña para calefacción:  Compra leña       Corta leña

22. ¿Alguien en su hogar paga por gastos de guardería para niños o adultos discapacitados debido al trabajo o estudios escolares?

Sí  No

Nombre de la persona atendida	Suma de la cuenta por mes	Proveedor
	\$	
	\$	
	\$	
	\$	

23. ¿Alguien en su hogar paga por pensión para menores ordenada por la corte para otro grupo familiar?

Sí  No

¿Quién paga?	¿Cuánto paga por mes?	¿A quién le paga?
	\$	
	\$	

24. ¿Alguien en su hogar que es discapacitado o tiene 60 años o más, pagó por gastos médicos este mes?

Sí  No

Incluya cuentas de médico y hospital, medicamentos con receta médica, gastos dentales y por anteojos, transporte, primas de Medicare, primas de seguro de salud, etc.

Nombre	Suma total por mes
	\$
	\$

25. ¿Recibe usted ayuda para el pago de los gastos?

Sí  No

Indique cualquier ayuda que usted reciba de cualquier agencia, organización o persona para el pago de los gastos de su grupo familiar. Los ejemplos incluyen asistencia para vivienda, asistencia para energía/calefacción, asistencia para cuidado infantil, etc.

¿Qué gasto fue pagado?	¿Quién paga?

## ¿Esta usted solicitando Asistencia Médica o TANF?

Sólo responda las preguntas del 26-30 si quiere Asistencia Médica o TANF.

26. ¿Hay niños, menores de 19 años, cuyo(s) padre(s) no está(n) en la casa?  Sí  No

27. ¿Está alguien embarazada en la familia? De ser así, detalle.  Sí  No

Nombre	Fecha probable de parto	Número de bebés esperados
		<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Gemelos <input type="checkbox"/> Más
		<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Gemelos <input type="checkbox"/> Más

28. ¿Alguno de los solicitantes de Asistencia Médica recibió atención médica en los últimos 3 meses?  Sí  No

Nombre	Mes/Año de Atención Médica

29. ¿Alguien en la familia está cubierto por otro seguro de salud diferente a Medicaid?  Sí  No

Persona(s) incluidas en la cobertura	Asegurado	Nombre y dirección de la compañía de seguros	Marque el tipo de seguro	N° de grupo N° de póliza	Fecha de inicio/Fecha de término
			<input type="checkbox"/> Medicare A <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Medicare B <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Medicare D <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Medigap <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Paciente hospitalizado <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Paciente ambulatorio <input type="checkbox"/> LTC <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Compensación de trabajador		
			<input type="checkbox"/> Medicare A <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Medicare B <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Medicare D <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Medigap <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Paciente hospitalizado <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Paciente ambulatorio <input type="checkbox"/> LTC <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Compensación de trabajador		

30. ¿Alguien ha perdido el trabajo y el seguro grupal de salud en los últimos 3 meses?  Sí  No

Nombre del empleador:	Fecha de terminación de la cobertura

## ¿Quisiera inscribirse para votar?

A todo ciudadano en el Estado de Dakota del Sur que cumple con los requisitos de inscripción para votantes y solicita asistencia pública se le debe permitir la oportunidad de inscribirse para votar.

Si usted no está inscrito para votar donde vive ahora, ¿le gustaría inscribirse aquí el día de hoy?  Sí  No  
 Si usted no marca ninguna de las casillas, se considerará que por ahora decidió no registrarse para votar.

Tome nota que la información y la oficina en la que presentó su solicitud permanecerán confidencial es y serán usadas para propósitos de inscripción de votante. Solicitar la inscripción o rechazar la inscripción para votar no afectará la suma de asistencia o los servicios que usted puede recibir del Departamento de Servicios Sociales. Si quisiera ayuda para completar el formulario de inscripción del votante, nosotros lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede completar la solicitud en privado.

Si usted considera que alguien ha interferido en su derecho a inscribirse para votar, su derecho a la privacidad para decidir registrarse o solicitar inscribirse para votar, o su derecho a registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante el:

Secretario de Estado de Dakota del Sur, 500 E Capitol, Pierre SD 57501, (605) 773-3537

## ¿Necesita ayuda con otras necesidades básicas?

¿Hay alguna ayuda que usted pudiera necesitar?  Sí  No  
 Algunos ejemplos de esto serían la ayuda con la vivienda, servicios públicos, cuidado infantil, recetas médicas, etc.

## Lea cuidadosamente la siguiente información

- Yo acepto informar al Departamento de Servicios Sociales de Dakota del Sur sobre cualquier cambio en los ingresos, activos, número de personas que viven conmigo, dirección o arreglos de vivienda que puedan afectar mi derecho a recibir asistencia. Cualquier cambio que yo informe puede afectar la suma de la asistencia que recibo o mi elegibilidad para asistencia.
- No me está permitido pagar por alimentos comprados a crédito con los beneficios de Asistencia para Alimentos. Puedo perder mis beneficios si lo hago.
- Las leyes federales y estatales y sus normas limitan el uso y divulgación de información confidencial o protegida sobre la salud de los solicitantes y beneficiarios de los programas de asistencia.
- Tengo derecho a solicitar una audiencia imparcial si mi solicitud no ha sido procesada dentro de los 30 días de la presentación para Asistencia Médica y TANF o dentro de los 45 días para la solicitud de Asistencia Médica. También puedo solicitar una audiencia imparcial si estoy en desacuerdo con cualquier decisión relacionada a mi solicitud dentro de los 90 días de la notificación escrita para la Asistencia por Alimentos o 30 días de la fecha en que reciba una notificación escrita para el TANF y/o Asistencia Médica. Para solicitar una audiencia, puedo llamar o escribir a cualquier oficina del Departamento de Servicios Sociales o solicitar la audiencia directamente a la Oficina de Audiencias Administrativas, Kneip Building, 700 Governors Drive, Pierre, SD 57501-2291.
- Tengo el derecho de presentar una queja por discriminación de acuerdo a las leyes federales y estatales y a la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos que prohíben la discriminación basada en la raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, religión, creencias políticas o discapacidad (no todos los motivos de prohibición se aplican a todos los programas). Puedo presentar una queja por escrito al Director de la Oficina de Derechos Civiles de la USDA, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llamar al (202) 720-5964 (voz y TDD). El USDA es un proveedor y empleador que brinda oportunidades equitativas. Para presentar una queja por discriminación escriba a: DSS, División de Servicios Legales, 700 Governors Drive, Pierre, SD 57501-2291 o llame al: (605) 773-3305.
- Yo entiendo que sólo tengo que proporcionar información sobre la situación legal de inmigrante para las personas que solicitan o reciben beneficios. Sin embargo, las personas todavía están obligadas a responder preguntas y enviar documentos probatorios relacionados a los ingresos y recursos que puedan afectar la elegibilidad y beneficios del grupo familiar. La situación de inmigrante de la persona será verificada si él/ella solicita y/o recibe beneficios. Se comprobará la información a través del BCIS (Oficina de Ciudadanía y Servicios de Inmigración) y la comprobación del BCIS puede afectar la elegibilidad y beneficios de la familia.
- **NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL:** Todos los miembros de la familia deben proporcionar sus números de Seguro Social para solicitar o recibir asistencia. (Ley Pública 104-193 que regula la TANF y la ley de Estampillas para Alimentos de 1977 de acuerdo a su modificatoria 7 U.S.C. 2011-2036, y al ARSD 67:26:01:12 que regula la Asistencia Médica). Las personas que solicitan asistencia pueden pedir ayuda para obtener los números de Seguro Social. Los números de Seguro Social no serán compartidos con la Inmigración Federal pero pueden ser usados o divulgados si lo solicitan, para determinar la elegibilidad y el nivel de beneficios, para evitar la participación duplicada, para verificar la exactitud de la información proporcionada, usada en comprobaciones computarizadas de referencia cruzada con otras agencias federales y estatales (Departamento del Trabajo, Seguro Social, Servicio de Rentas Internas, etc.), para contribuir en la recolección de información sobre pago en exceso de beneficios y para capturar a personas que intentan evitar la fuerza de la ley.

### PENALIDADES

Si usted hace lo siguiente.....	Usted.....
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oculta información o hace declaraciones falsas</li> <li>▪ Usa tarjetas EBT que pertenecen a otra persona</li> <li>▪ Usa los beneficios de Asistencia para Alimentos para comprar alcohol o tabaco</li> <li>▪ Comercializa o vende los beneficios, las tarjetas EBT o los comestibles comprados con los beneficios</li> </ul>	Perderá la Asistencia para Alimentos y/o los beneficios del TANF por: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 12 meses para la primera ofensa</li> <li>▪ 24 meses para la segunda ofensa</li> <li>▪ Permanentemente para la tercera ofensa</li> <li>▪ Puede ser transferido a un proceso judicial</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comercializa los beneficios de la Asistencia para Alimentos por sustancias controladas tales como drogas</li> </ul>	Perderá los beneficios de la Asistencia para Alimentos por: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 24 meses para la primera ofensa</li> <li>▪ Permanentemente para la segunda ofensa</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Comercializa los beneficios de la Asistencia para Alimentos por armas de fuego, municiones o explosivos.</li> <li>▪ Comercializa, compra o vende los beneficios de la asistencia para alimentos de \$500 o más.</li> </ul>	Perderá permanentemente los beneficios de la Asistencia para Alimentos:
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Da información falsa al solicitar o recibir asistencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Será multado hasta por \$1000 o sentenciado hasta por 12 meses en la prisión del condado o ambos si es sentenciado por mala conducta</li> <li>▪ Será multado hasta por \$2000 o sentenciado hasta por 2 años en prisión o ambos si es sentenciado por una felonía</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Da información falsa que afecte la elegibilidad de la Asistencia Médica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perderá la asistencia médica hasta por un año</li> <li>▪ Será multado hasta por \$5000 o sentenciado hasta por 5 años en prisión o ambos si es sentenciado por una felonía</li> </ul>
También puede ser multado hasta por \$250,000 o sentenciado a prisión hasta por 20 años o ambos por cometer esos delitos. También se le puede acusar de acuerdo a otros programas federales o estatales.	

Yo acepto que la información en este formulario está sujeta a la comprobación de los funcionarios federales, estatales y locales para determinar que la información en esta solicitud es correcta y completa incluyendo la ciudadanía y la situación migratoria de los miembros solicitantes de beneficios. Si se encuentra que alguna información es incorrecta, los beneficios pueden ser reducidos o terminados y usted es responsable por el pago de la devolución de beneficios. La solicitud puede estar sujeta a acusación criminal por la intencionalidad al proporcionar información incorrecta.

<b>Firma del solicitante</b>	<b>Fecha</b>
<b>Firma del representante autorizado</b>	<b>Fecha</b>
<b>Firma del entrevistador</b>	<b>Fecha</b>